

**Ordine Provinciale delle Professioni  
Infermieristiche di Massa Carrara**

Via Don Minzoni, 25 54033 Carrara

tel. 0585/620484

fax. 0585/620492

Web: [www.opimassacarrara.it](http://www.opimassacarrara.it)

Mail: [info@opimassacarrara.it](mailto:info@opimassacarrara.it)

Pec : [massacarrara@cert.ordine-opi.it](mailto:massacarrara@cert.ordine-opi.it)

**RICHIESTA FORMALE EMISSIONE BADGE OPI MASSA CARRARA**

Il/La sottoscritto/a Sig. / Sig.ra / Dott. / Dott.ssa

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Documento n. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Rilasciata da \_\_\_\_\_

**CHIEDE** a questo Ordine delle Professioni Infermieristiche l'emissione del nuovo **BADGE** dell'Ordine.

**DICHIARA** (ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445) che sono ancora validi i requisiti necessari all'iscrizione all'Ordine delle Professioni Infermieristiche e **DICHIARA** di aver letto, compreso e accettato il **Regolamento** per il rilascio del **BADGE** di questo Ordine.

**DICHIARA** di essere in regola con i pagamenti delle tasse annuali dell'Ordine (anno in corso e precedenti).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 DPR 445/20 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

**Allegati necessari:**

- **FOTO**, formato tessera, recente, in **formato digitale** (.jpg)
- **FIRMA** leggibile, in **formato digitale** (.jpg)
- **DOCUMENTO DI IDENTITA'**

### **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

In relazione all'Informativa **Iscritti** sul Trattamento dei Dati Personali da Lei messi a disposizione all'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA, si informa che questi verranno trattati per rispondere alle specifiche finalità connesse al presente documento; quindi, saranno utilizzati per **RILASCIO TESSERINO BADGE**. Il trattamento dei Suoi Dati Personali verrà effettuato mediante idonei strumenti cartacei, elettronici e/o telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità di cui sopra e, comunque, in modo tale da garantire la sicurezza e riservatezza dei Dati stessi. Il materiale raccolto sarà utilizzato esclusivamente per le finalità sopra indicate. I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati ad eventuali soggetti che forniscano all'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA prestazioni o servizi strumentali alle finalità sopra indicate. I Suoi Dati Personali saranno trattati per il tempo necessario all'esecuzione delle finalità sopra indicate e verranno conservati per il tempo necessario o secondo termini di legge.

Diritti: accesso, aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, limitazione dei dati personali trattati, ivi compresi quelli non più necessari al perseguimento degli scopi per i quali sono stati raccolti; avere informazioni circa la logica, le modalità e le finalità del trattamento.

Il Titolare del trattamento dei Suoi Dati è ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA con sede legale in Via Don Minzoni 25, 54033 MASSA CARRARA (MS), nella persona del Presidente Morena Fruzzetti. Qualsiasi richiesta relativa ai dati personali trattati dell'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA potrà essere inviata presso la sede operativa dell'Ordine, oppure scrivendo all'indirizzo di posta elettronica [privacy@opimassacarrara.it](mailto:privacy@opimassacarrara.it).

Il Responsabile della Protezione dei Dati Personali di ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI MASSA CARRARA è contattabile presso l'indirizzo email [dpo@gmsrl.it](mailto:dpo@gmsrl.it)

**IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE INVIATO DALL'ISCRITTO ESCLUSIVAMENTE VIA PEC (PEC PERSONALE) ALL'INDIRIZZO PEC DELL'ORDINE. ALTRE MODALITA' NON SONO VALIDE.**

Carrara, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

L'iscritto / a

---